

P81

233. CANULACIÓN DE LA ARTERIA AXILAR EN LA CIRUGÍA DE LA AORTA ASCENDENTE

Fernández AL, Delgado C, Martínez J, Reija L, Adrio B, Sierra J, Rubio J, García J, García-Bengochea JB
Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela

Objetivos: la canulación femoral es la más frecuente en cirugía de la aorta ascendente. Se considera que la vía axilar puede ser una alternativa eficaz. Se presenta nuestra experiencia en canulación de la arteria axilar.

Material y métodos: entre enero de 2003 y diciembre de 2009, se canuló la axilar en 18 pacientes (6 mujeres/12 varones) de $59,5 \pm 16,6$ años (rango 44-79). El diagnóstico fue aneurisma de aorta ascendente (11), disección aguda tipo A (6) y aorta de porcelana (1). En seis casos la axilar se canuló mediante interposición de un injerto tubular de dacrón de 10 mm (Uni-Graft®, B Braun-Aesculap, Germany) y en 12 casos se canuló directamente con cánula acodada de 22 Fr (Edwards Lifesciences™, USA). En seis pacientes con disección se realizó paro circulatorio manteniendo una perfusión cerebral anterógrada unilateral mediante el pinzamiento de la arteria innominada (flujo de 0,8-1,5 l/min).

Resultados: dos pacientes fallecieron intrahospitalariamente. La canulación con injerto de dacrón fue más laboriosa y con pequeñas pérdidas hemáticas continuas debido a la heparinización. Un caso de canulación directa se reconvirtió a femoral por presión elevada en el circuito al iniciar la circulación extracorpórea (CEC). En el resto los flujos fueron adecuados, sin observarse evidencia de malperfusión, accidente cerebrovascular o complicaciones locales.

Conclusiones: la canulación axilar es segura y efectiva pero técnicamente más laboriosa que la femoral. Facilita la perfusión cerebral anterógrada y evita la necesidad de cambiar la cánula de posición. La interposición de injerto de dacrón puede ser preferible en vasos de calibre reducido.

P82

238. ¿ES SEGURA LA REINTERVENCIÓN DEJANDO LOS INJERTOS ARTERIALES PERMEABLES SIN CLAMPAR?

Casais Pampín R, Asorey Veiga V, Lugo Adán J, Montoto López J, Legarra Calderón JJ, Casquero Villacorta E, Piñón Esteban M, Yas S, Duran Muñoz D, Pradas Montilla G
Hospital do Meixoeiro (Medtec), Vigo

Objetivo: el objetivo de no dañar la arteria mamaria evitando su disección y clampaje supone un reto para la protección miocárdica debido al lavado de la cardioplejía.

Presentamos nuestra experiencia en reintervenciones sin disecar ni clampar los injertos arteriales.

Material y métodos: desde septiembre de 2000 hasta febrero de 2010 se realizaron 29 reintervenciones en 28 pacientes, (89,7% varones), edad media $73,17 \pm 7,38$ años. Las causas de reoperación fueron: progresión de valvulopatía 17 pacientes (58,6%), endocarditis 10 (34,4%), disfunción protésica no estructural 2 (6,9%). La mediana del EuroSCORE logístico fue 14,84 (4-77,25). La cirugía fue urgente en 7 pacientes. Se realizó sustitución valvular aórtica aislada en 18 y se asoció revascularización en 4, sustitución/plastia mitral en 4, sustitución de aorta en 2; sustitución mitral aislada en 1.

La protección miocárdica se realizó con cardioplejía hemática con esmolol, K^+ y Mg^+ , administrándola siempre que no dificultaba el trabajo quirúrgico (intervalos nunca > 20 min). Temperatura sistémica media $32,26 \pm 3,23$ °C.

Resultados: la mediana del tiempo de circulación extracorpórea (CEC) fue 153 (91-494) y de clampaje 103 (71-430) min. Presentaron infarto postoperatorio 1 paciente (3,4%) y síndrome de bajo gasto postoperatorio 2 pacientes (6,5%). La mediana de troponina I postoperatoria fue 7,03 ng/ml (1,84-109,5). La mortalidad hospitalaria fue 3 pacientes (10,3%) (cirugía urgente por endocarditis). Las causas de mortalidad fueron: daño neurológico irreversible (1 paciente), sepsis y bajo gasto (2 pacientes). La mediana de estancia hospitalaria fue 7 (1-33) días.

Conclusión: en nuestra experiencia, sin clampar los injertos arteriales y con la estrategia descrita, la protección miocárdica parece adecuada y la mortalidad hospitalaria aceptable.